



SLW BIOLAB

Miejscowość....., dn.....

PO-03-8 z dnia 19.09.2016 strona 1/2

Zlecenie na badanie TRZODA**SLW BIOLAB s.c.**
ul. Grunwaldzka 62
14-100 Ostróda**Zlecający:** (dane zlecającego/adres/nr telefonu/e-mail)**Płatnik:** (dane płatnika/adres/NIP/nr telefonu/e-mail)
czytelny podpis

zleca wykonanie badań w SLW BIOLAB s.c. w Ostródzie następujących próbek:

Właściciel:**Rodzaj próbek:***(krew, surowica, kał, wycinki narządów, wymazy z narządów, padle zwierzęta, szczep bakteryjny, wydzielina z gruczołu mlekowego)***Gatunek, rasa, płeć:****Ilość próbek:****Data pobrania:****Wiek:****Użytkowość:****Obiekt:****Nr fermi/stada:****Zleczone kierunki badania:*****SEROLOGIA****ELISA****ELISA**

<input type="checkbox"/>	PRRS
<input type="checkbox"/>	MHYO
<input type="checkbox"/>	APP-ApxIV
<input type="checkbox"/>	APP-2
<input type="checkbox"/>	APP-5
<input type="checkbox"/>	APP-10
<input type="checkbox"/>	APP-12
<input type="checkbox"/>	Leptospira
<input type="checkbox"/>	L. bratislava
<input type="checkbox"/>	Enterotoxaemia (toxintyping α , β , ϵ , C. perf.) - kał
<input type="checkbox"/>	8-jedn. ukł. pokarmowego (PIGLETS) - kał
<input type="checkbox"/>	PCV-2

<input type="checkbox"/>	PPV
<input type="checkbox"/>	Influenza typ A
<input type="checkbox"/>	Adenomatoza
<input type="checkbox"/>	Różycza
<input type="checkbox"/>	Salmonella

PCR

<input type="checkbox"/>	Lawsonia - kał
<input type="checkbox"/>	Brachyspira - kał
<input type="checkbox"/>	PRRS EU+NA

 Archiwizacja**MIKROBIOLOGIA**

<input type="checkbox"/>	Badanie bakteriologiczne wielokierunkowe
<input type="checkbox"/>	Badanie bakteriologiczne ukierunkowane
<input type="checkbox"/>	Badanie mykologiczne
<input type="checkbox"/>	Badanie anatomopatologiczne
<input type="checkbox"/>	Oznaczenie lekowrażliwości metodą dyfuzyjno-krażkową
<input type="checkbox"/>	Obecność i identyfikacja pałeczek Salmonella wg PN-EN-ISO 6579:2003+A1:2007+AC:2014-11
<input type="checkbox"/>	Identyfikacja szczepu bakteryjnego
<input type="checkbox"/>	Zabezpieczenie wyizolowanych szczepów bakteryjnych
<input type="checkbox"/>	Badanie parazytologiczne
<input type="checkbox"/>	Badanie w kierunku obecności pałeczek Salmonella

*zleczone kierunki badań zaznaczyć krzyżykiem

Inne kierunki badań: (po uzgodnieniu z laboratorium).....

Dodatkowe informacje:
(antybiotykoterapia, wywiad, dodatkowe posiewy)

Sposób przekazania sprawozdania: telefonicznie, poczta, fax, e-mail, osobiście

Osoby upoważnione do uzyskania bieżących informacji z badania:

Osoby upoważnione do otrzymania sprawozdania z badania:

Laboratorium zobowiązuje się do przeprowadzenia badań według obowiązujących w laboratorium procedur i instrukcji badawczych. Laboratorium zobowiązuje się do zachowania poufności wyników badań i praw własności klienta, o ile przepisy nie stanowią inaczej i archiwizowanie ich przez okres 3 lat. Klientowi lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej jego badań, uzyskiwania bieżących informacji i uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie oraz złożenia skargi do Kierownika Laboratorium, wg obowiązującej w Laboratorium procedury.

Płatnik zobowiązuje się do zapłaty należności za badania w ciągu 14 dni od dnia otrzymania Faktury na konto Wykonawcy PKO BP 34 1020 3613 0000 6102 0033 6297 wg cennika obowiązującego w laboratorium.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

.....

Podpis zlecającego

***UWAGA! Za prawidłowe pobranie i dostarczenie do badania próbek odpowiada zleceniodawca.
Przy kontaktowaniu się z zapytaniem o wyniki badania prosimy powoływać się na numer zlecenia nadany przez Laboratorium lub nazwisko klienta.***

Uwagi

.....